

Міністерство
охорони здоров'я України
Івано-Франківський
національний медичний університет

Засновник та видавець
Івано-Франківський
національний медичний університет
Свідоцтво про державну реєстрацію
серія KB №7296
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку
Вченою Радою
Івано-Франківського
національного медичного
університету
протокол № 12 від 27.10.2015 р.

Адреса редакції:
Україна,
76018 м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2
Івано-Франківський національний
медичний університет
Телефон: (0342) 53-79-84
факс (03422) 2-42-95
glvisnyk.if.ua
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail:glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і
верстка редакції журналу
"Галицький лікарський вісник"
Підписано до друку 28.10.2015 р.
Формат 60/88 1/2, Обсяг - 16 друк. арк.
Друк офсетний. Наклад 200
Тираж здійснено у видавництві
Івано-Франківського національного
медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої
продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2.

ISSN 2306-4285 (Ukrainian ed. Print)
ISSN 2414-1518 (English ed. Online)

ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис
Заснований в 1994 році

Журнал включений до міжнародної
наукометричної бази INDEX COPERNICUS

Індексується в: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Відомості про журнал розміщені в **Electronic Journals Library**

Том 22 - число 4 - 2015 - частина 2

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор - М.М. Рожко

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)
Попадинець О.Г. (відповідальний секретар)
Вишиванко В.Ю. (секретар), Боцюрко В.І., Вірстюк Н.Г.,
Волосянко А.Б., Воронич-Семченко Н.М., Геращенко С.Б.,
Гудз І.М., Ерстенюк А.М., Ємельяненко І.В., Заяць Л.М.,
Ковальчук Л.Є., Мізюк М.І., Міщук В.Г., Ожоган З.Р.,
Середюк Н.М., Яцишин Р.І.

Редакційна рада

Бальцер К. (ФРН)
Вагнер Р. (США)
Волков В.І. (Україна)
Волошин О.І. (Україна)
Геник С.М. (Україна)
Енк П. (ФРН)
Ковальчук І.П. (Канада)
Ковальчук О.В. (Канада)
Поворознюк В.В. (Україна)
Погрібний І.П. (США)
Скальний А.В. (Росія)
Швед М.І. (Україна)

Робота редакційної колегії орієнтована на норми та принципи International Committee of Medical Journal Editors

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Постанова Президії ВАК України від 10.11.2010 року, №1-05/7)

© Видавництво Івано-Франківського національного медичного університету, 2015
© Галицький лікарський вісник, 2015

The Ministry
of Health Care of Ukraine
Ivano-Frankivsk
National Medical University

Founder and publisher
Ivano-Frankivsk National
Medical University
Certificate of state registration
series KB № 7296 of 14.05.2003

Approved for publication by
the Scientific Council of
the Ivano-Frankivsk
National Medical University
Minutes № 12 of 27.10.2015

Address of the editorial office:
Ivano-Frankivsk National
Medical University
Halytska Street, 2
Ivano-Frankivsk 76018
Ukraine
Tel: (0342) 53-79-84
Fax (03422) 2-42-95
glvisnyk.if.ua
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Typesetting services
and layout by the editorial staff
of *Galician Medical Journal*.
Passed for printing 28.10.2015
Format 60/88 1/2 Volume – 16 quires.
Offset printing. Circulation 200.
Printed in the publishing house
of the Ivano-Frankivsk National
Medical University.
Certificate of introduction of the publishing
entity into the State Register of Publishers,
manufacturers and distributors
of publishing products.
ДК №2361 of 05.12.2005.
Halytska Street 2,
Ivano-Frankivsk 76018.

GALIC'KIJ LIKARS'KIJ VISNIK GALICIAN MEDICAL JOURNAL

Quarterly scientific and practical journal
Established in 1994

The journal is included in the International Scientometrics Database
INDEX COPERNICUS

Indexed in: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Information about the journal is available at **Electronic Journals Library**

Volume 22 - number 4 – 2015 - part 2

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief – M. M. Rozhko

Vakaliuk I.P. (Deputy Editor)
Popadynets O.H. (Executive Associate Editor)
Vyshyvaniuk V.Yu. (Associate Editor), Botsiurko V.I.,
Virstiuk N.G., Volosianko A.B., Voronych-Semchenko N.M.,
Herashchenko S.B., Hudz I.M., Ersteniuk G.M.,
Yemelienenko I.V., Zaiats L.M., Kovalchuk L.Ye.,
Miziuk M.I., Mishchuk V.G., Ozhohan Z.R., Serediuk N.M.,
Yatsyshyn R.I.

Editorial Council

Balzer K. (Germany)
Wagner R. (USA)
Volkov V.I. (Ukraine)
Voloshyn O.I. (Ukraine)
Henyk S.M. (Ukraine)
Enck P. (Germany)
Kovalchuk I.P. (Canada)
Kovalchuk O.V. (Canada)
Povorozniuk V.V. (Ukraine)
Pohribnyi (USA)
Skalniy A.V. (Russia)
Shved M.I. (Ukraine)

The work of the Editorial Board is focused on the norms and principles of the International Committee of Medical Journal Editors

The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of these are allowed to be published (The Resolution of the Presidium the Higher Attestation Commission of Ukraine of 10.11.2010, № 1-05/7)

гლოსалгії шляхом впливу на секреторний апарат великих і малих слинних залоз. Проведено обстеження і лікування 17 хворих на гლოსалгію жінок у віці 37-62 років з вираженим ступенем ксеростомії. Апробований авторами спосіб лікування гლოსалгії на фоні ксеростомії полягає у бужуванні проток привушних і піднижньощелепних слинних залоз, послідовному та почерговому введенні в залози розчину хлоргексидину та олії насіння шипшини 2 рази на тиждень на протязі місяця, здійснення електрофорезу ниваліну на великі слинні залози (10 сеансів через день), призначення препарату «Но-шпа» перші сім днів від початку лікування. Об'єктивно доведено, що найближчі результати по завершенню лікування характеризувались збільшенням загальної секреції та ліквідацією болювого симптому в язиці у більшості хворих. Тому, на нашу думку, стимуляція секреторної діяльності слинних залоз у хворих на гლოსалгію є необхідною складовою комплексного лікування цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: гლოსалгія, ксеростомія, лікування, гლოსалгія, що поєднується з ксеростомією.

Рыбалов О.В., Короленко И.А.

Лечение больных глоссалгией, которая сочетается с ксеростомией

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Резюме. Глоссалгия считается полиэтиологическим заболеванием, которое сопровождается парестезиями и нарушением чувствительности языка по сегментарному типу в сочетании с изменениями слюноотделения, вкуса и бульбарными явлениями. Больных беспокоит чувство жжения, покалывания, саднения, онемения языка (язык как будто «посыпан перцем», «обожжен» и т.п.). У пациентов, которые страдают парестезиями языка, очень

часто наблюдается угнетение функции слюнных желез, что объясняется нарушением нервно-рефлекторных путей, которые обеспечивают регуляцию секреторного процесса и передачу нервных импульсов с поверхности языка. Лечение больных глоссалгией, сочетающейся с ксеростомией проводится комплексно при активном сотрудничестве стоматолога, невропатолога, эндокринолога и гастроэнтеролога, но, несмотря на разнообразие существующих методов лечения этой патологии, они все имеют недостаточную степень эффективности. Поэтому поиск более перспективных методов остается актуальным. Целью данного исследования стало повышение эффективности лечения глоссалгии путем влияния на секреторный аппарат больших и малых слюнных желез. Проведено обследование и лечение 17 больных глоссалгией женщин в возрасте 37-62 лет с выраженной степенью ксеростомии. Апробованный авторами способ лечения глоссалгии на фоне ксеростомии заключается в бужировании протоков околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез, последовательном и поочередном введении в железы раствора хлоргексидина и масла семян шиповника 2 раза в неделю на протяжении месяца, выполнении электрофореза нивалина на большие слюнные железы (10 сеансов через день), назначении препарата «Но-шпа» первые семь дней от начала лечения. Объективно доведено, что ближайшие результаты по окончании лечения характеризовались увеличением общей секреции и ликвидацией болювого симптома у большинства больных. Поэтому, по нашему мнению, стимуляция секреторной деятельности слюнных желез у больных глоссалгией является необходимой составляющей комплексного лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: глоссалгия, ксеростомия, лечение, глоссалгия, которая сочетается с ксеростомией.

Received 19.10.2015 року.

УДК 616.61-092: 616-008.92 - 019

Роговий Ю.Є., Колеснік О.В.

Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу

Кафедра патологічної фізіології (зав. - проф. Ю.Є. Роговий)

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Резюме. Робота присвячена вивченню в нирках процесів клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження є 40 білих нелінійних статевозрілих щурів-самців, на яких досліджували вплив навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу (-232,0±25,12 мВ).

Результати. Встановлені нові позитивні кореляційні зв'язки відносно реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію.

Висновки. Виявлені істотні зміни клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу.

Ключові слова: нирки, клубочково-канальцевий баланс, канальцево-канальцевий баланс, вода від'ємного окисно-відновного потенціалу.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Виконання ниркою осмо-, волю-, кислото-, іонорегуляторних функцій щодо забезпечення гомеостазу організму істотно залежить від процесів клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу [2]. Розлади яких досить глибоко вивчені за введення 2,4-динітрофенолу, сулеми, розвитку гарячки [1, 7, 11]. Відомо, що за умов навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу порівняно з індукованим діурезом звичайною водогінною водою має місце гальмування клубочкової фільтрації, фільтраційної

фракції, абсолютної і проксимальної реабсорбції іонів натрію [3, 4, 5]. Такі відмінності функцій нирок повинні супроводжуватися характерними змінами процесів клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу. Водночас, ця проблема до сьогоднішнього дня залишається не достатньо вивченою.

Мета роботи. З'ясувати стан процесів клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за умов навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу.

Матеріал і методи дослідження

В експериментах на 40 самцях білих-нелінійних щурів масою 0,16 - 0,18 кг досліджували вплив навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу (-232,0±25,12 мВ), яку отримували шляхом обробки водогінної води препаратом мікрогидрин [3] порівняно з індукованим діурезом звичайною водогінною водою (окисно-відновний потенціал 88,7±18,35 мВ). Окисно-відновний потенціал води вимірювали ОВП-метром [5, 9].

Функціональний стан нирок досліджували за умов водного діурезу, для чого шурам внутрішньошлунково за допомогою металевого зонда вводили воду від'ємного окисно-відновного потенціалу підігріту до температури 37°C в кількості 5% від маси тіла. Величину діурезу (V) оцінювали в мл/2 год • 100г. Після водного навантаження з метою отримання плазми проводили евтаназію тварин шляхом декапітації під легким ефірним наркозом, кров збирали у пробірці з гепарином. У плазмі крові і сечі визначали

Таблиця 1. Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу нирок у інтактних щурів (n=10) [1, 7, 11]

| | V | C _{cr} | RFNa ⁺ | T ^p Na ⁺ | T ^d Na ⁺ | RH ₂ O % |
|--------------------------------|---|-----------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| V | | 0,823 p<0,01 | | | | |
| C _{cr} | | | 0,997 p<0,001 | 0,996 p<0,001 | 0,902 p<0,001 | |
| RFNa ⁺ | | | | 1,000 p<0,001 | 0,883 p<0,001 | |
| T ^p Na ⁺ | | | | | 0,879 p<0,001 | |
| T ^d Na ⁺ | | | | | | |
| RH ₂ O % | | | | | | |

Примітка: V - діурез (мл/2 год·100 г); C_{cr} - клубочкова фільтрація (мкл/хв·100г); RFNa⁺ - абсолютна реабсорбція іонів натрію (мкмоль/хв·100 г); T^pNa⁺ - проксимальна реабсорбція іонів натрію (ммоль/2 год·100 г); T^dNa⁺ - дистальна реабсорбція іонів натрію (мкмоль/2 год·100 г); RH₂O % - відносна реабсорбція води (%); p - вірогідність кореляційного зв'язку; n - число спостережень

концентрацію креатиніну за реакцією з пікриновою кислотою, іонів натрію - методом фотометрії полум'я на ФПЛ-1. Швидкість клубочкової фільтрації (C_{cr}) оцінювали за кліренсом ендogenous креатиніну, яку розраховували за формулою: $C_{cr} = U \cdot V / P_{cr}$, де U_{cr} і P_{cr} - концентрація креатиніну в сечі і плазмі крові відповідно. Відносну реабсорбцію води (RH₂O %) оцінювали за формулою: $RH_2O \% = (C_{cr} - V) / C_{cr} \cdot 100\%$. Абсолютну реабсорбцію іонів натрію (RFNa⁺) розраховували за формулою: $RFNa^+ = C_{cr} \cdot PNa^+ - V \cdot UNa^+$. Досліджували проксимальну та дистальну реабсорбцію іонів натрію (T^pNa⁺, T^dNa⁺). Розрахунки проводили за формулами: $T^pNa^+ = (C_{cr} - V) \cdot PNa^+$; $T^dNa^+ = (PNa^+ - UNa^+) \cdot V$ [2, 6].

Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу оцінювали шляхом проведення кореляційного аналізу між процесами клубочкової фільтрації, абсолютної, проксимальної, дистальної реабсорбції іонів натрію та відносної реабсорбції води [2, 7, 11].

Усі дослідження виконані з дотриманням Конвенції Ради Європи про охорону хребетних тварин, що використовують в експериментах та інших наукових цілях (від 18.03.1986 р.), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р. та № 944 від 14.12.2009 р.

Статистичну обробку даних, включаючи кореляційний та багатофакторний регресійний аналіз проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgraphics" та "Exel 7.0".

Результати дослідження та їх обговорення

Клубочково-канальцевий та канальцево-канальцевий баланс в інтактних тварин характеризується вірогідними позитивними кореляційними зв'язками між клубочковою фільтрацією та абсолютною, проксимальною, дистальною реабсорбціями іонів натрію (табл. 1). При цьому абсолютна реабсорбція іонів натрію прямо-пропорційно корелює з проксимальною та дистальною реабсорбцією цього катіону і проксимальна реабсорбція іонів натрію зв'язана позитивною кореляційною залежністю з дистальним транспортом. Клубочкова фільтрація позитивно корелює з діурезом [1, 7, 11].

За навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу виявлялися позитивні кореляційні зв'язки між клубочковою фільтрацією та абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію і відсносно реабсорбцією води. Абсолютна реабсорбція іонів натрію прямо-пропорційно корелювала з проксимальною його реабсорбцією та відсносно реабсорбцією води. Водночас, спостерігалася втрата позитивного кореляційного зв'язку між діурезом та клубочковою фільтрацією та втрата позитивних зв'язків між абсолютною і дистальною реабсорбцією іонів натрію, між проксимальною і дистальною реабсорбціями досліджуваного катіону та між клубочковою фільтрацією і дистальною реабсорбцією іонів натрію. Крім того, виявлялася нова позитивна кореляційна залежність між діурезом і дистальною реабсорбцією іонів натрію. Відносна реабсорбція води позитивно корелювала з проксимальною реабсорбцією іонів

Таблиця 2. Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу нирок при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування (n=10)

| | V | C _{cr} | RFNa ⁺ | T ^p Na ⁺ | T ^d Na ⁺ | RH ₂ O % |
|--------------------------------|---|-----------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| V | | | | | 0,965 p<0,001 | |
| C _{cr} | | | 0,976 p<0,001 | 0,944 p<0,001 | | 0,775 p<0,01 |
| RFNa ⁺ | | | | 0,987 p<0,001 | | 0,823 p<0,01 |
| T ^p Na ⁺ | | | | | | 0,875 p<0,001 |
| T ^d Na ⁺ | | | | | | |
| RH ₂ O % | | | | | | |

Примітка: V - діурез (мл/2 год·100 г); C_{cr} - клубочкова фільтрація (мкл/хв·100г); RFNa⁺ - абсолютна реабсорбція іонів натрію (мкмоль/хв·100 г); T^pNa⁺ - проксимальна реабсорбція іонів натрію (ммоль/2 год·100 г); T^dNa⁺ - дистальна реабсорбція іонів натрію (мкмоль/2 год·100 г); RH₂O % - відносна реабсорбція води (%); p - вірогідність кореляційного зв'язку; n - число спостережень

натрію (табл. 2). Графічне зображення процесів клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу наведено на рис. 1. На рис. 2 продемонстровано вираженість достовірних кореляційних зв'язків між клубочковою фільтрацією, відсносно реабсорбцією води та проксимальною реабсорбцією іонів натрію при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування.

У інтактних тварин реалізація клубочково-канальцевого балансу полягала в тому, що зростання клубочкової фільтрації призводило до збільшення фільтраційного завантаження канальців нефрону і зростання відповідно проксимальної [10] та дистальної реабсорбції іонів натрію. Участь в клубочково-канальцевому балансі дистального відділу нефрону зумовлене реалізацією цих зв'язків за рахунок

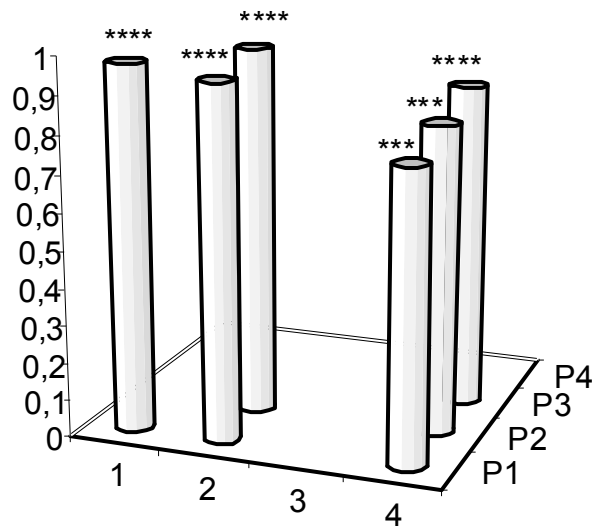


Рис. 1. Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу нирок при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування. P₁ - клубочкова фільтрація (мкл/хв/100г); P_{2,1} - абсолютна реабсорбція іонів натрію (мкмоль/хв/100 г); P_{3,2} - проксимальна реабсорбція іонів натрію (ммоль/2 год/100 г); P_{4,3} - дистальна реабсорбція іонів натрію (мкмоль/2 год/100 г); 4 - відносна реабсорбція води (%); вірогідність кореляційного зв'язку відзначено: *- p < 0,01; ****- p < 0,001**

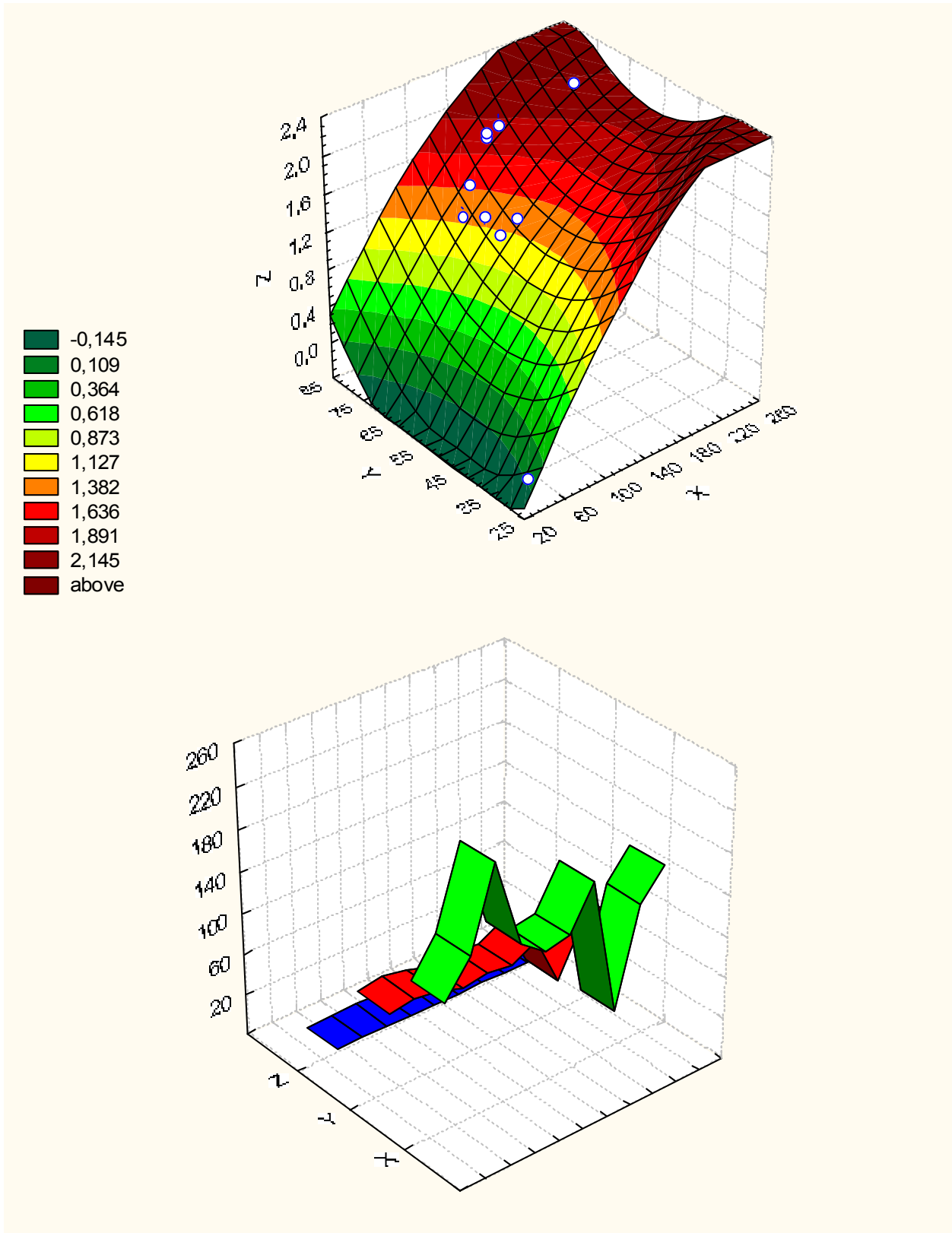


Рис. 2. Вираженість достовірних кореляційних зв'язків між клубочковою фільтрацією - X (мкл/хв·100 г), відносною реабсорбцією води - Y (%) та проксимальною реабсорбцією іонів натрію - Z (ммоль/2 год·100 г при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування. Інтенсивність закрашування відповідає ступені вираженості кореляцій

суперфіціальних нефронів, в яких немає петлі Генле, і відповідно, фільтраційне завантаження могло впливати на дистальний каналець. Це підтверджувалося позитивними кореляційними зв'язками між клубочковою фільтрацією і проксимальною реабсорбцією іонів натрію та клубочковою фільтрацією і дистальною реабсорбцією іонів натрію, а також позитивною кореляційною залежністю між проксимальною і дистальною реабсорбцією іонів натрію [1, 7, 11]. Наявність вірогідних кореляційних зв'язків між клубочковою фільтрацією і абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію та між абсолютною реабсорбцією іонів натрію та його транспортом у проксимальному відділі нефрону свідчить про збереження механізмів клубочково-каналцевого балансу при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування. Втрата вірогідного кореляційного зв'язку клубочкової фільтрації з діурезом при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування пояснюється зменшенням фільтраційного завантаження на каналцевий відділ нефрону із-за підвищення активності механізму базального тонуусу [3, 8] судин нирок за рахунок збільшення постачання електронів до серця та зростання систолічного об'єму крові.

Аналогічним чином пояснюється встановлення нового позитивного кореляційного зв'язку між діурезом та дистальною реабсорбцією іонів натрію та втрата позитивних кореляційних зв'язків клубочкової фільтрації, абсолютної і проксимальної реабсорбції іонів натрію з дистальним транспортом даного катіона. Крім того, слід зазначити, що реабсорбція в проксимальному відділі нефрону є менш енергозалежною порівняно з дистальним каналцем, так як в останньому виявлена більш висока активність ферментів циклу Кребса, зокрема сукцинатдегідрогенази та вміст мітохондрій. Також, в клітинах широкої висхідної частини петлі нефрону виявлена максимальна активність $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-ATP-ази}$, відносна щільність розподілу якої у дистальних кіркових каналцях і мозковому сегменті висхідного коліна петлі нефрону майже в чотири рази вища, ніж у проксимальному відділі нефрону [2]. Цими особливостями, також пояснюються зміни клубочково-каналцевого і каналцево-каналцевого балансу за рахунок дисфункції дистального відділу нефрону. Аналогічно пояснюється встановлена нова позитивна кореляційна залежність між дистальною реабсорбцією іонів натрію та діурезом, оскільки істотне зниження дистальної реабсорбції іонів натрію внаслідок енергодефіциту із-за підвищення механізму базального тонуусу призводило до того, що та частина первинної сечі, яка надходила до дистального каналця за умов водного діурезу практично не реабсорбувалася при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування. [4, 10, 11] і складала фактично об'єм вторинної сечі з адекватною втратою іонів натрію. Зазначені реакції сприяють також встановленню нових позитивних кореляційних зв'язків відносної реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію.

Висновок

За навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування, встановлені нові позитивні кореляційні зв'язки відносної реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію, свідчать про істотні зміни клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу.

Перспективи подальших досліджень.

Обґрунтованою є перспектива подальших розробок у даному напрямку щодо з'ясування механізмів змін клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу

за навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування при сулемовій нефропатії.

Література

1. Белявський В.В Стан клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу за умов введення 2,4-динітрофенолу/ В.В.Белявський//Галицький лікарський вісник.-2011.- Т.18, № 1.- С. 8 - 11.
2. Бойчук Т. М. Патолофізіологія гепаторенального синдрому при гемічній гіпоксії / Т. М. Бойчук, Ю. С. Роговий, Г. Б. Попович // Чернівці: Медичний університет, 2012. – 192 с.
3. Роговий Ю.С. Вплив води від'ємного окисно-відновного потенціалу на функцію нирок у інтактних шурів / Ю.С.Роговий, О.В.Колеснік // Бук. мед. вісник.- 2012.- Т.16, № 3 (частина II).- С. 191-194.
4. Роговий Ю.С. Вплив води від'ємного окисно-відновного потенціалу на функцію нирок у шурів/ Ю.С.Роговий, О.В.Колеснік, Л.О.Філіпова // Матеріали 94-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 18, 20, 25 лютого 2013 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2013.- С. 42-43.
5. Роговий Ю.С. Ниркові ефекти води низького поверхневого натягу та від'ємного окисно-відновного потенціалу/ Ю.С. Роговий, О.В. Колеснік, О.В. Залявська Л.О. Філіпова // Матеріали 95-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (присвячена 70-річчю БДМУ).-Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014.- С. 44-45.
6. Роговий Ю.С. Патолофізіологія вікових особливостей функцій нирок за умов надлишку і дефіциту іонів натрію при сулемовій нефропатії/ Ю.С.Роговий, К. В. Слободян, Л. О. Філіпова // Чернівці: Медичний університет, 2013. – 200 с.
7. Роговий Ю. С. Патолофізіологія гепаторенального синдрому на поліурічній стадії сулемової нефропатії/ Ю. С. Роговий, О. В. Злотар, Л. О. Філіпова // Чернівці: Медичний університет, 2012. – 197 с.
8. Чернух А.М. Микроциркуляція/ А.М.Чернух, П.Н.Александров, О.В.Алексеев//М.: Медицина, 1975.- 456 с.
9. Шульц М. М. Окислительный потенциал. Теория и практика / М.М.Шульц, А. М.Писаревский, И. П.Полозова // Л.: Химия, 1984.- 168 с.
10. Cogan M.G. Angiotensin II: a powerful controller of sodium transport in the early proximal tubule /M.G. Cogan. // Hypertension.- 1990.- V.15, N 5.- P. 451-458.
11. Rohovy Yu.Ye. State of glomerular-tubular balance and tubular-tubular balance in the dynamics of fever development/ Yu.Ye. Rohovy, T.G. Korpchuk // British Journal of Science, Education and Culture.- 2014.-V. III, № 1(5), January-June.- P. 394 – 401.

Роговий Ю.Е., Колеснік О.В.

Состояние клубочково-каналцевого и каналцево-каналцевого баланса при нагрузке водой отрицательного окислительно-восстановительного потенциала

Кафедра патологической физиологии (зав. - проф. Ю.Е. Роговий)

Буковинский государственный медицинский университет", Черновцы, Украина

Резюме. Работа посвящена изучению в почках процессов клубочково-каналцевого и каналцево-каналцевого балансу при нагрузке водой отрицательного окислительно-восстановительного потенциала.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 40 белых нелинейных половозрелых крыс-самцов, на которых исследовали влияние нагрузки водой отрицательного окислительно-восстановительного потенциала (-232,0±25,12 мВ).

Результаты. Показаны новые положительные корреляционные связи относительной реабсорбции воды с клубочковой фильтрацией, абсолютной, проксимальной реабсорбциями ионов натрия.

Выводы. Выявлены существенные изменения клубочково-каналцевого и каналцево-каналцевого балансу при нагрузке водой отрицательного окислительно-восстановительного потенциала.

Ключевые слова: почки, клубочково-каналцевый баланс, каналцево-каналцевый баланс, вода отрицательного окислительно-восстановительного потенциала.

Yu.Ye. Rohovyi, O.V. Kolesnik

State of Glomerular-Tubular Balance and Canalicular-Tubular Balance under the Load of the Negative Redox Potential Water

Department of Pathologic Physiology (Head of the department – Prof. Yu.Ye.Rohovyi)

Bukovynian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine

Abstract. The paper deals with the study in kidneys of glomerular-tubular balance, canalicular-tubular balance under the load of negative redox potential water.**Materials and research methods:** the 40 albino male rats were the objects of the research and have been used to study the load of the negative redox potential water.**Results:** the mechanisms of glomerular-tubular balance, canalicular-tubular balance are characterized by the positive correlative connection of the relative reabsorption of water with the glomerular filtration, absolute and proximal reabsorption of sodium ions.**Conclusion:** there have been found significant changes of glomerular-tubular balance and canalicular-tubular balance under the load of the negative redox potential water.**Keywords:** kidneys, glomerular-tubular balance, canalicular-tubular balance, negative redox potential water.

Надійшла 07.09.2015 року.

УДК 616.311.2-002.2+616.441-006.5]-031.1-08-035-053.2

Рожко М.М., Годованець О.І.*

Лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей із дифузним нетоксичним зобом

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

*ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

oksana.godovanets@yandex.ru

Резюме. Метою дослідження є обґрунтування доцільності застосування препаратів макро- та мікроелементів, глюкозаміну у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей, які хворіють дифузним нетоксичним зобом.

Для цього проведено клінічне спостереження за 60 дітьми віком 12 років, хворих дифузним нетоксичним зобом та хронічним катаральним гінгівітом, які були розподілені на групу порівняння, де лікування здійснювалось загальноприйнятим методом, та групу спостереження, де дітям пропонувався удосконалений метод лікування. Останній включав у себе додатково загальне лікування, до складу якого входили вітамінно-мінеральний препарат “Кальцемін адванс”, а також препарат глюкозаміну для усунення дефіциту структурних елементів протеогліканів. “Кальцемін адванс” застосовувався по 1 таблетці 1 раз на добу під час прийому їжі протягом 1 місяця 2 рази на рік. Для усунення дефіциту глюкозаміну застосовували препарат “Терафлекс” за дозуванням виробника: дітям від 12 років по 1 капсулі 3 рази на день протягом 1 місяця, надалі по 1 капсулі 2 рази на день протягом 1 місяця під час прийому їжі. Курс лікування повторювався 2 рази на рік.

Висновки. Застосування препаратів “Кальцемін адванс” та “Терафлекс” у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей із дифузним нетоксичним зобом засвідчило скорочення термінів лікування та збільшення строків ремісії захворювання. Одержані результати дають підстави рекомендувати застосування даних препаратів з метою корекції метаболізму сполучнотканинного комплексу при запальних захворюваннях тканин пародонта в дітей, зокрема при дифузному нетоксичному зобі. Враховуючи терміни рецидивів у групах спостереження, рекомендується проводити повторні лікувально-профілактичні курси з частотою 1 раз на півроку.**Ключові слова:** діти, гінгівіт, дифузний нетоксичний зоб, метод лікування.**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

На сьогоднішній день проблема патології щитоподібної залози, її впливу на стан здоров'я та інтелектуальний розвиток населення, у першу чергу дитячого, є надзвичайно актуальною [8, 9]. Хронічне порушення тиреоїдного статусу, безумовно, знаходить своє відображення у перебігу основних стоматологічних захворювань, що неможливо не враховувати та етапах діагностики та лікування. Літературні джерела свідчать про ряд клінічних спостережень за пацієнтами, які мають поєднану стоматологічну і тиреоїдну патологію [1]. Однак залишаються проблемними питання повноцінної корекції метаболічних порушень у таких хворих.

Відомо, що для підвищення ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту в пацієнтів молодого віку

з дифузним збільшенням щитоподібної залози в комплексі традиційного лікування рекомендується передбачати індивідуальну йодну профілактику [6]. Для гігієни ротової порожнини використовувати йодовмісну зубну пасту “Елам-Дент” [7].

О.В. Павленко із співавторами для підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту на тлі ендокринно-імунної патології, зумовленої дефіцитом йоду, пропонує в комплексі лікування місцево – йодис-календулу та внутрішньо – йодис-концентрат у комбінації з Кальцій Д₃ Нікомедом [4]. Запропоновано спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту на фоні супутньої патології щитоподібної залози, який включає Кальцій-Д₃ Нікомед та препарат Фітор [2].**Мета дослідження** - обґрунтувати доцільність застосування препаратів макро- та мікроелементів, глюкозаміну у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) у дітей, які хворіють дифузним нетоксичним зобом.**Матеріал і методи дослідження**

Клінічне спостереження проводилось за 60 дітьми віком 12 років із встановленим діагнозом - хронічний катаральний гінгівіт. У всіх дітей була супутня соматична патологія – дифузний нетоксичний зоб. Оцінка стану тканин пародонта вивчалась за даними клінічних індексів і проб: індексу гігієни порожнини рота ОІН-S (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), гінгівального індексу РМА (С. Parma, 1960), пародонтального індексу СРІТН (ВООЗ, 1989), індексу кровоточивості (Н.Р. Muhlemann, S.Son, 1971), проби Шиллера-Писарева.

Для вивчення ефективності запропонованого методу лікування були сформовані групи спостереження та порівняння (по 30 чоловік у кожній групі). Діти групи порівняння отримували загальноприйняте лікування, що включало санацію, професійну гігієну ротової порожнини з навчанням гігієнічних навичок, антисептичну та протизапальну терапію. У групі спостереження, окрім вищерахованих заходів, проводили загальне лікування, що включало в себе комплексний вітамінно-мінеральний препарат, до складу якого входять кальцій та основні есенціальні мікроелементи, а також препарат глюкозаміну для усунення дефіциту структурних елементів протеогліканів. Як вітамінно-мінеральний препарат був застосований “Кальцемін адванс”. Дозування препарату: по 1 таблетці 1 раз на добу під час прийому їжі протягом 1 місяця 2 рази на рік. Для усунення дефіциту глюкозаміну застосовували препарат “Терафлекс” за дозуванням виробника: дітям від 12 років по 1 капсулі 3 рази на день протягом 1 місяця, надалі по 1 капсулі 2 рази на день протягом 1 місяця під час